

Верховный суд штата Иллинойс
Заявка на предоставление особых условий
по Закону «Об американцах-инвалидах»
(ЗАПРОС НА УСЛОВИЯХ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ)

Дата: _____

Просьба заполнять печатными буквами:

Имя подателя заявки о предоставлении особых условий: _____

Адрес: _____

Номер телефона для связи в течение дня: _____ Электронная почта: _____

Виды требуемых особых условий (просим указывать конкретно): _____

Дата, когда требуются особые условия: _____

Место, где требуются особые условия: _____

Просим отправить заполненный экземпляр формы по почте по адресу:

Court Disability Coordinator
Office of the Supreme Court Clerk
200 East Capitol Avenue
Springfield, IL 62701

или по электронной почте: ADACoordinator@IllinoisCourts.gov

Телефон: (217) 782-2035

Для лиц с нарушениями слуха (TDD): (217) 524-8132

Просим подтвердить указанную информацию личной подписью: _____

Расшифровка подписи печатными буквами: _____

Для служебного пользования (Office Use Only):

Accommodation: _____ granted: _____ denied: _____

Requestor notified on: _____ via: _____

Type of accommodation: _____

Comments: _____

ПРИЛОЖЕНИЕ «В»